*Załącznik nr 15*

*do Regulaminu świadczeń dla studentów PUM*

Data wpływu: ………………………………

Imię i nazwisko wnioskodawcy ……………………………………………………………………….……..

Adres stałego zamieszkania…………………………………………………………………………………..

Tel. ……………………………

Rok studiów ………………….....

Nr albumu……………………

**WNIOSEK DOKTORANTA**

**o stypendium dla osób niepełnosprawnych**

na rok akademicki 20……../ 20………..

1. Na podstawie decyzji/orzeczenia*\** …………………………………………………..…………………………… …............................................................................................................ nr ………………………. z dnia ………………..… zostałem zaliczony do ……………………………………….…….stopnia niepełnosprawności,

rodzaj niepełnosprawności ………………………………..…, symbol niepełnosprawności …………………..

1. Orzeczona niepełnosprawność ma charakter: stały/czasowy***\*\****

 od …………………..…… do ……….............………..

***\**** *należy wskazać organ, który wydał orzeczenie/decyzję o niepełnosprawności/ potwierdzające posiadany przez wnioskodawcę stopień
 niepełnosprawności, warunkuje przyznanie świadczenia, a do wniosku załączyć jego poświadczoną kserokopię.*

*\*\* należy zaznaczyć odpowiednie*

**Oświadczenia doktoranta:**

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilnoprawnej i dyscyplinarnej w przypadku, gdy przyznanie mi stypendium nastąpi w oparciu o nieprawdziwe dane przeze mnie podane.
2. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe, kompletne i zgodne z obecnym stanem faktycznym.
3. Zapoznałem(łam) się z Regulaminem świadczeń dla studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie.
4. Oświadczam, że nie pobieram stypendium socjalnego, stypendium dla osób niepełnosprawnych, stypendium rektora i zapomogi na innych studiach doktoranckich.
5. Świadczenia z tytułu przyznanego mi stypendium proszę przelać na moje konto osobiste:

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

  *(podpis doktoranta)*

**WYPEŁNIA PRACOWNIK UCZELNI:**

Proponuje się: [ ]  przyznać stypendium [ ]  nie przyznać stypendium

Wysokość stypendium:………………zł. Okres stypendium:…………………………………………

Uwagi:……………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………

  *(podpis osoby sporządzającej)*